【様式2】

年　　月　　日

|  |
| --- |
| 独立行政法人国際協力機構 |
| 人事部　開発協力人材室長　殿 |

|  |  |
| --- | --- |
| （所属先名） |  |
| （役職名） |  |
| （推薦者氏名） |  |

能力強化研修の下記コース受講者として以下の者を適当と認め推薦します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. コース名： | | 母子健康 継続ケアの実現と母子手帳の活用を中心に |
| 1. 氏名： | |  |
| 1. 推薦理由（例：研修修了後の国際協力関連業務における活用予定等）： | | |
|  | |

以上

※推薦者の押印は省略可能です。

※複数名を推薦される場合には、各人毎に推薦理由を記入の上

必ず優先順位を付してください